

Министерство образования и науки Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Кафедра челюстно-лицевая хирургия

Курсовая работа

По дисциплине: «Челюстно-лицевая хирургия(детская челюстно-лицевая хирургия) »

На тему: «Одонтогенный остеомиелит челюстей в детском возрасте »

Специальность – 31.05.03 Стоматология

Выполнил: студентка 4 курса, группы 16ЛС6

Климова Анастасия Андреевна

Руководитель: ассистент кафедры ЧЛХ

Амбарян Гарик Мнацаканович

Работа защищена с оценкой_____

Дата защиты_____

Пенза-2020

Министерство образования и науки Российской Федерации
Пензенский государственный университет
Кафедра челюстно-лицевая хирургия

«УТВЕРЖДАЮ»

Зав.кафедрой «Челюстно-лицевая хирургия»

к.м.н. _____ А.В.Нестеров

ЗАДАНИЕ

на курсовую работу по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия(детская челюстно-лицевая хирургия)»

Тема : «Одонтогенный остеомиелит челюстей в детском возрасте»

- 1.Провести аналитико-синтетический обзор информационных ресурсов по выданной теме
- 2.Выделить основные проблемные вопросы
- 3.Предоставить материал на проверку руководителю
4. Выполнить работу , сформулировать основные выводы ,заклучение ,при необходимости снабжая иллюстрациями .

Руководитель работы _____

Должность _____ Подпись _____ ФИО _____

Содержание

I. Введение.....	4
II. Основная часть.....	5
2.1. Этиология и патогенез.....	5
2.2. Патологическая анатомия.....	7
2.3. Клиника.....	8
2.4. Течение заболевания.....	11
2.4. Диагностика.....	13
2.5. Лечение.....	14
2.6. Осложнения.....	18
2.7. Профилактика.....	18
III. Заключение.....	19
IV. Список литературы.....	20

I Введение

Среди остеомиелитов костей человеческого скелета остеомиелит челюстей встречается наиболее часто.

Остеомиелитический процесс наблюдается у людей всех возрастных групп, но чаще всего он возникает в возрасте 5-10 и 20-45 лет. В этих возрастных группах наблюдается наибольшее распространение кариозного процесса. Женщины болеют реже, чем мужчины, что объясняется более внимательным уходом за зубами и своевременным обращением к врачу. Одонтогенный остеомиелит челюстей составляет 96%, тогда как гематогенный и травматический остеомиелит – всего 4 % у госпитализированных больных остеомиелит верхней челюсти составляет 16,3% от общего числа случаев заболевания, а нижней челюсти – 83,7%. Однако следует учесть, что значительная часть больных с остеомиелитом верхней челюсти, лечится в поликлинике. Одинаково часто наблюдается острый остеомиелит верхней и нижней челюсти.

Наиболее частой причиной возникновения одонтогенного остеомиелита на нижней челюсти являются первый нижний большой коренной зуб (30%), второе место принадлежит нижнему зубу мудрости (22,4%), в окружности которого возникают не только околоверхушечные, но часто и маргинальные воспалительные процессы. На третьем месте находится второй большой коренной зуб (16,2%).

Возникновение одонтогенных остеомиелитов верхней челюсти чаще всего бывает связано с предшествующими воспалительными процессами, исходящими из первого верхнего большого коренного зуба (5,6%).

II Основная часть

Острый остеомиелит челюстей - гнойное воспаление челюстной кости (одновременно всех ее структурных компонентов) с развитием участков остеонекроза. Характеризуется выраженной интоксикацией, клинико-лабораторными и рентгенологическими признаками гнойно-некротического воспаления костных структур челюсти и прилежащих к челюсти мягких тканей.[8]

Этиология и патогенез

Под одонтогенным остеомиелитом подразумевается инфекционно-воспалительный процесс в челюсти, распространяющийся за пределы пародонта, при котором источником и входными воротами для инфекции и сенсibilизации организма являются предшествующие заболевания твердых и мягких тканей зуба.

Именно наличие зубов- вот что придает специфичность остеомиелиту челюстей (частота, возраст, тип инфекции и т.п.). На возникновение и развитие патологического процесса существенное влияние оказывают анатомические особенности челюстных костей, физиологические особенности детского организма и многие другие факторы. Однако ведущая роль в этиологии одонтогенного остеомиелита принадлежит очагам одонтогенной инфекции.

Роль различных зубов в возникновении одонтогенного остеомиелита далеко не одинакова. Одонтогенный остеомиелит возникает чаще всего от жевательных зубов, особенно от временных моляров и от первого постоянного моляра.[1]

Одонтогенный остеомиелит челюстей наблюдается среди людей всех возрастных групп, начиная с детского возраста. По данным Ю.И.Бернадского, остеомиелит челюстей у детей составляет 34,1 % по отношению к остеомиелиту у взрослых. Остеомиелитический процесс чаще всего наблюдается на нижней челюсти и реже — на верхней.

В детском возрасте острый одонтогенный остеомиелит челюстей чаще отмечают в возрасте 7-12 лет, что можно связать с имеющимися в литературе данными о наибольшей частоте поражения зубов кариесом и его осложнениями также именно в этот период жизни.

Ведущим звеном в патогенезе остеомиелитов С.М.Дерижанов считал сенсibilизацию организма чужеродным белком различного происхождения. На этой основе он сформулировал и обосновал аллергическую теорию возникновения и развития остеомиелита.

Согласно рефлекторной теории патогенеза остеомиелита, ЦНС играет ведущую роль как в возникновении состояния сенсibilизации организма, так и в нарушении кровоснабжения костей, главным образом в возникновении спазма сосудов, нарушении трофики, что в совокупности создает благоприятные условия для развития остеомиелита.[8]

На основании своих исследований Г.И.Семенченко пришел к выводу, что патогенез остеомиелита челюсти следует трактовать как нейтрофический процесс. В результате длительного раздражения периферических нервов различными скрытыми окологерушечными воспалительными процессами возникает нарушение трофических процессов в костной ткани, что ведет к образованию в последней очагов некроза.

М.М. Соловьев и соавт. на основании экспериментальных данных пришли к выводу, что эти реакции (аллергические, сосудистые и рефлекторные) реализуются на фоне снижения уровня общей иммунологической и специфической реактивности целостного организма, а также несостоятельности местных иммунологических систем челюстно-лицевой области.[13]

Кроме снижения общей иммунологической и специфической реактивности организма, на глубину и объем поражения костной ткани существенное влияние оказывают вирулентность микрофлоры одонтогенного очага и топографо-анатомические особенности челюстных костей. При развитии воспалительного процесса, вызванного патогенными штаммами

стафилококка, возрастает вероятность более обширного поражения костной ткани. В то же время непатогенные штаммы стафилококков и стрептококков обуславливают развитие ограниченных (очаговых) поражений кости или преимущественно поражений мягких тканей челюстно-лицевой области.

Высокая частота остеомиелита челюстей у детей, обусловлена физиологическими и анатомическими особенностями детского организма, его статусом: высокой реактивностью, пониженным иммунобиологическим барьером к гнойной инфекции, анатомо-физиологическими особенностями строения челюстей (постоянный рост, активная перестройка в период смены зубов, широкие гаверсовы каналы, нежные костные трабекулы, неустойчивость миелоидного костного мозга к инфекции, обильные крово- и лимфообращения и др.).

Для развития одонтогенного воспалительного процесса имеют значение и анатомо-топографические особенности зубов (с резорбирующимися или несформированными корнями, т.е. свободное сообщение полости зуба с костью, что обуславливает быстрое распространение воспалительного процесса. [11]

Патологическая анатомия

В начале процесса костный мозг гиперемирован и имеет темновато-красную окраску. В дальнейшем здесь появляются небольшие желтоватые очаги, которые, сливаясь между собой, образуют гнойные полости различной величины. Костные перекладины, прилегающие к гнойным очагам, резорбируются, и гнойный процесс распространяется на новые участки костного мозга и костной субстанции. При этом распространение нагноительного процесса чаще наблюдается от центра к периферии в поперечном направлении челюсти и значительно реже в продольном — по губчатому веществу челюсти. Уже с самого начала воспалительный процесс, начавшийся в костном мозге, распространяется на питательные каналы и периост.[18]

В сосудах, прилегающих к гнойным очагам, возникает тромбофлебит, причем этот процесс затем распространяется на сосуды компактной пластинки и надкостницы. Именно этим в первую очередь объясняется почти одновременное возникновение сначала серозного, а затем и гнойного процесса в периосте и мягких тканях, хотя не исключается возможность проникновения гноя из очага в центре кости под надкостницу и через компактный слой.

Таким образом, патоморфологическая картина такого распространенного поражения костных структур челюсти может быть представлена серозно-гнойным или гнойно-некротическим воспалением. В первом случае прогноз заболевания более благоприятен, и при своевременном проведении адекватного лечения можно рассчитывать на быструю ликвидацию воспалительных явлений без каких-либо серьезных последствий.

Дифференцировать серозно-гнойное воспаление в челюсти от гнойно-некротического на ранних стадиях заболевания — задача весьма сложная.[2]

Клиника

Острый одонтогенный остеомиелит относится к числу неспецифических инфекционных воспалительных заболеваний организма и характеризуется рядом общих и местных симптомов.

Общие реакции целостного организма.

Больные жалуются на плохое самочувствие, головную боль, общую слабость, плохой сон, повышение температуры тела. Возможен озноб. В зависимости от уровня общей иммунологической реактивности организма, вирулентности инфекции, частично размеров поражения челюсти и некоторых других причин общее состояние больных может быть тяжелым, средней тяжести удовлетворительным.[6]

При остром одонтогенном остеомиелите практически всегда имеют место изменения в составе крови больных. У многих больных отмечается снижение содержания гемоглобина и числа эритроцитов, особенно при

диффузных поражениях челюстей, и у большинства больных — лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ.

Из серологических исследований наибольший интерес представляет тест на С-реактивный белок. Он более точно характеризует тяжесть воспалительного процесса и его динамику, чем такие показатели, как СОЭ, лейкоцитоз, лейкограмма и др.

Обычно заболевание начинается остро, температура тела повышается до 38-39°C, появляются озноб, общая слабость и недомогание. У детей младшего возраста при подъеме температуры могут возникать судороги, рвота и расстройство желудочно-кишечного тракта, что говорит о перераспределении центральной нервной системы в результате высокой общей интоксикации организма. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Ребенок становится капризным и беспокойным, плохо спит и ест.[12]

Местные проявления заболевания.

У большинства детей заболевание начинается с острого или обострения хронического верхушечного периодонта. У детей младшего возраста в начале заболевания могут превалировать общие симптомы (озноб, повышение температуры тела, головная боль и т.п.). Пациенты жалуются на боли постоянного характера (иногда очень сильные) в области «причинного» зуба, а иногда и рядом стоящих зубов. Зуб становится как бы выше других, отмечается резкая боль при смыкании зубов, и поэтому больные часто держат рот полуоткрытым. При дальнейшем развитии заболевания пациенты уже не в состоянии локализовать болевые ощущения и отмечают, что болит вся половина челюсти или головы, причем боль может иррадиировать в ухо, висок, затылок, глаз и т.п., в зависимости от локализации воспалительного очага.[1]

«Причинный» зуб подвижен и резко болезнен при перкуссии. Чаще всего наблюдается расшатывание и рядом стоящих интактных зубов, причем перкуссия этих зубов также болезненна. Расшатывание же всех зубов на

одной стороне челюсти говорит о диффузном поражении кости. При этом из зубо-десневых карманов вытекает гной.

Прилежащая к зубам десна и переходная складка слизистой оболочки становятся отечными и болезненными при пальпации. Наблюдаются нарастание коллатерального отека мягких тканей лица, а иногда и шеи. Регионарные лимфатические узлы не только увеличиваются, но и становятся болезненными. Уже на 2-3 день от начала заболевания у больных появляется зловонный запах изо рта, особенно при отсутствии надлежащего ухода за зубами и полостью рта.[9]

При внешнем осмотре больных острым одонтогенным остеомиелитом челюсти имеется выраженная асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей вблизи пораженного участка кости. При развитии воспалительного процесса в зоне верхней челюсти отек мягких тканей выражен более значительно, чем при остеомиелите нижней челюсти. У некоторых больных отек бывает столь значительным, что захватывает нижнее веко, а иногда и оба века. В первые дни заболевания припухлость мягких тканей, возникшая в результате отека их, бывает сравнительно мягкой и безболезненной, однако в дальнейшем даже прикосновение к этой области вызывает значительную боль.[4]

Если воспалительный процесс развивается в тех зонах челюсти, в которых расположены места прикрепления жевательных мышц, то очень скоро может возникнуть воспалительная или рефлекторная контрактура этих мышц, что приводит к сведению челюстей. Обычно сведение наблюдается при остеомиелитах, развивающихся в задних отделах тела, угла и ветви нижней челюсти.

При диффузном или очаговом поражении тела нижней челюсти известен симптом Венсана, обусловленный тем, что в воспалительном очаге нерв находится в состоянии перераздражения, которое аналогично парабриозу.

Клиническая картина острого остеомиелита зависит от возраста ребенка, особенностей строения челюстей, локализации воспалительного процесса, общей реактивности организма, а также вирулентности микрофлоры. Чем меньше возраст ребенка, тем в более тяжелой форме протекает заболевание. Всегда имеет место сильная интоксикация детского организма, обусловленная несовершенством общего и местного иммунитета, низкой реактивностью и исключительно высокой всасываемостью из очага воспаления продуктов метаболизма. В воспалительный процесс вовлекаются мягкие ткани, окружающие челюстные кости. Объективно это сопровождается периоститом, лимфаденитом, коллатеральным отеком мягких тканей. При локализации остеомиелита на верхней челюсти в процесс могут вовлекаться гайморова пазуха, глазница, среднее ухо. Воспалительный процесс нередко приобретает диффузный характер с поражением зон роста зачатков зубов.[15]

Течение

На течение остеомиелита челюсти у детей оказывают влияние развитие и дифференцировка органов и систем (прежде всего центральной нервной системы); гиперергические реакции нервной системы, нередко реагирующей на инфекцию неадекватно; высокая степень чувствительности детского организма к гноеродным микробам; жизнеспособность и высокие восстановительные свойства тканей у детей. Из местных факторов, имеющих большое значение в патогенезе остеомиелита нижней челюсти у детей, следует отметить наличие широких и многочисленных костных каналов; более обильное, чем у взрослых, кровоснабжение нижнечелюстной кости; необособленность нижнечелюстного канала от губчатого вещества кости в области резцов у детей до 6-летнего возраста (иногда и позже); отсутствие губчатого вещества в альвеолярном отростке у детей до 9 лет; значительная толщина губчатого вещества на всем остальном протяжении нижней челюсти (в 2—3 раза толще компактного); неравномерный рост различных отделов

челюсти (наименьший — в переднем отделе, наибольший — в участке челюсти позади молочных моляров); наличие зубных зачатков.[16]

Течение острого одонтогенного остеомиелита у детей характеризуется динамичностью процесса, что выражается в быстром его распространении по кости. При остром одонтогенном остеомиелите верхней челюсти на ранних стадиях заболевания могут появиться признаки раздражения менингеальных оболочек, иногда с развитием клинической картины менингита.

В этих случаях грозными признаками распространения заболевания в полость черепа являются вялость, сонливость и безразличие ребенка, сменившее наблюдавшееся до этого беспокойное поведение. Усиливается бледность кожных покровов, возникают патологические рефлексы.

Окончательный диагноз устанавливают после исследования спинномозгового пунктата .

Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти у детей старшего возраста протекает более спокойно, с ограниченным поражением кости и слабовыраженной общей симптоматикой, что напоминает течение процесса у взрослых.[7]

Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, наоборот, легче протекает у детей младшего возраста. С возрастом течение его утяжеляется, что можно, объяснить морфологической перестройкой костной ткани нижней челюсти, уменьшением количества губчатого вещества, развитием толстого компактного слоя, покрывающего челюсть, и возрастными изменениями кровоснабжения и лимфообращения в челюсти.

Острый одонтогенный остеомиелит челюстей часто сопровождается формированием абсцессов или флегмон. В острой стадии заболевания у детей чаще всего развиваются аденофлегмоны.[10]

В запущенных случаях у более старших детей острый одонтогенный остеомиелит осложняется окологлазничной флегмоной.

Прогнозирование течения заболевания основывается на анализе и сопоставлении данных клинического осмотра, результатов лабораторных

анализов крови, мочи, коагулограммы, С-реактивного белка, иммунного статуса и оценке степени общей интоксикации.

Остро начавшееся заболевание может протекать со слабовыраженными патологическими симптомами и незаметно переходить в хроническую стадию. Позднее применение антибиотиков (на 7—8-й день от начала заболевания), как правило, не останавливает развитие процесса, однако изменения в кости протекают менее интенсивно, маловыраженными некробиотическими процессами.[17]

Диагностика

При рентгенологическом исследовании зубов и челюстей в начале заболевания можно обнаружить лишь картину верхушечного периодонта, без видимых рентгенологических изменений со стороны челюстных костей. Спустя 5 суток от начала заболевания кость становится более прозрачной, исчезает трабекулярный рисунок, истончается корковый слой кости. Эти симптомы вначале обусловлены развитием остеопороза, а затем и мелкоочаговой деструкцией кости. Кортикальная пластинка на рентгенограмме выглядит разволокненной, надкостница утолщается. На 3 неделе от начала заболевания начинаются процессы восстановления костной ткани. На верхней челюсти рентгенологически отмечаются разрушение стенок челюсти, нарушение контуров и затемнение верхнечелюстной пазухи. На 5-10-е сутки в патологический процесс вовлекаются зачатки постоянных зубов, при этом поражается замыкательная пластинка фолликула постоянного зуба.

Основными особенностями клинического течения остеомиелита верхней челюсти являются более легкое течение, укороченные сроки развития процесса, а также склонность к ограничению костных поражений. Последнее обусловлено анатомическими особенностями верхней челюсти: она менее компактна, чем нижняя, очень хорошо васкуляризована и пневматизирована. В челюсти располагается самая большая придаточная

полость — синус верхней челюсти, что обеспечивает хорошую аэрацию последней.[3]

Основными особенностями одонтогенного остеомиелита нижней челюсти являются более тяжелое клиническое течение заболевания вообще и более частые и разнообразные осложнения со стороны окружающих мягких тканей, которые могут обусловить развитие самостоятельных нагноительных процессов в различных областях лица и шеи на значительном удалении от первичного очага. Наличие значительных мышечных массивов, непосредственно прилегающих к кости, многочисленных клетчаточных пространств, а также сложной системы лимфатических путей — все это и предопределяет пути распространения нагноительного процесса в кости и мягких тканях и связанные с ними клинические картины заболевания.

При постановке диагноза острого остеомиелита челюсти врач обязан принять срочные меры к госпитализации больного для проведения неотложного оперативного вмешательства, тем более при наличии осложнений.[7]

Лечение

Лечение острого одонтогенного остеомиелита заключается в проведении комплекса лечебных мероприятий, направленных на скорейшую ликвидацию гнойно-воспалительных очагов в кости и окружающих мягких тканях, а также на устранение нарушений важнейших функций организма, вызванных основным заболеванием. Обе эти задачи решаются одновременно, а их результаты находятся в прямой зависимости друг от друга: чем быстрее ликвидируется нагноительный процесс в челюстно-лицевой области, тем успешнее справляется целостный организм с инфекционным началом, и наоборот. Характер лечебных мероприятий и последовательность их осуществления определяются совокупностью клинических данных, в первую очередь таких, как тяжесть заболевания, характер и локализация воспалительного процесса. Больные подлежат немедленной госпитализации в специализированное челюстно-лицевое отделение или, в виде исключения,

в общее хирургическое отделение больницы, в которой имеется стоматолог-хирург. Наблюдения показывают, что чем раньше эти больные будут помещены в стационар, тем быстрее наступает выздоровление больных и тем реже острый процесс переходит в хронический.

Решающее значение для ликвидации гнойно-воспалительного очага в кости и окружающих тканях при остром остеомиелите имеет активное хирургическое вмешательство в ранние сроки от начала заболевания. [5]

Вопрос о своевременном удалении «причинного» зуба имеет большое практическое значение. При остром одонтогенном остеомиелите подлежит удалению все временные и многокорневые постоянные, а иногда и однокорневые (премоляры) постоянные зубы на нижней челюсти являющиеся причиной заболевания. Удаляя зуб, тем самым устраняем первопричину, вызвавшую и поддерживающую нагноительный процесс в кости, а также обеспечиваем благоприятные условия для эвакуации гноя из очага в кости. Удалением зуба устраняем и источник аллергизации организма. При этом лунка зуба после его удаления выполняет своеобразную роль естественного дренажа. Важно подчеркнуть, что после удаления зуба вскрываются костномозговые пространства, что, в свою очередь, ведет к снижению внутрикостного давления и образованию более естественного и короткого пути для эвакуации гноя.[19]

В детском возрасте сохраняют, как правило, постоянные однокорневые зубы. Речь идет чаще всего о передних постоянных зубах на верхней и нижней челюстях. При хорошей проходимости корневых каналов и возможности ежедневного контроля за состоянием больных после вскрытия абсцесса и стихания острых воспалительных явлений в дальнейшем эти зубы пломбируют до заживления раны по переходной складке. Удалив зуб, выполняют периостотомию (вскрытие поднадкостничных абсцессов) часто с 2-ух сторон с дренированием раны.

При остром одонтогенном остеомиелите следует бережно относиться к соседним интактным, хотя и подвижным зубам, их надо шинировать. В дальнейшем они укрепляются и могут быть сохранены.[10]

Важное значение в лечении острого одонтогенного остеомиелита челюстей имеет ликвидация гнойно-воспалительного процесса в околочелюстных мягких тканях (при его наличии).

Вмешательства на мягких тканях проводят одновременно с таковым на кости, в частности одновременно с удалением зуба.

Первичная хирургическая обработка гнойного очага включает в себя не только вскрытие абсцесса или флегмоны для эвакуации гноя, но и ревизию гнойной полости, промывание и тщательное дренирование раны. Среди мероприятий, проводимых в послеоперационном периоде, важное значение имеют интенсивное орошение или диализ гнойных ран.[14]

Общая патогенетическая терапия

Она заключается в проведении ряда мероприятий, направленных на повышение иммунобиологической устойчивости организма в борьбе с инфекцией и восстановление функций организма, нарушенных основным заболеванием. При этом важную роль играют антибактериальная, антигистаминная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая, симптоматическая и иммунная терапия. Однако прежде чем назначить средства резорбтивного лечения, необходимо организовать хороший уход за больным (постельный режим, обильная ирригация полости рта, седативные средства), успокоить больного.[4]

Антибактериальная терапия

Включает антибиотики широкого спектра действия, лучше остеотропного. После получения результата определения чувствительности флоры к антибиотикам используется соответствующий антибиотик в возрастной дозировке. Антибиотики следует назначать вместе с сульфаниламидами, так как при этом усиливается антимикробный эффект за счет сочетания различных механизмов действия препаратов. Для

предотвращения дисбактериоза назначают противогрибковые препараты — леворин, нистатин. При выделении анаэробной флоры рекомендуется назначение метронидазола внутрь.[2]

Противовоспалительная терапия

Проводят сразу после оказания неотложной хирургической помощи в течение 10—12 дней. Назначают препараты, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки (глюконат кальция, аскорутин), оказывающие противовоспалительное действие (амидопирин, бутадйон и др.), протеолитические ферменты — местно (в рану) и в инъекциях.

Гормональные препараты кортикостероидного ряда могут быть назначены ребенку по жизненным показаниям при угрозе нарушения дыхания и глотания вследствие остро развивающегося воспалительного отека и воспалительной инфильтрации мягких тканей корня языка, мягкого неба, слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Борьба с общей интоксикацией организма осуществляется путем коррекции водно-солевого обмена введением в организм жидкости.

Гипосенсибилизирующая терапия предусматривает назначение антигистаминных препаратов (супрастин, тавегил, кларитин, фенкарол) внутримышечно в возрастных дозировках.[18]

Необходимо общесимптоматическое, укрепляющее лечение: установление режима сна (успокоительные и болеутоляющие лекарственные средства), регуляция деятельности сердечно-сосудистой системы (по показаниям). Назначают лечебное питание: жидкую пищу, содержащую необходимые в соответствии с возрастом питательные вещества и витамины. Помещение, в котором находится ребенок, должно хорошо проветриваться. В комплексное лечение входит также применение различных средств, ускоряющих заживление костной раны (протеолитические ферменты, пентоксил, дибазол, апилак, гематоген и др.).

Физиолечение — необходимый компонент комплексного лечения в острой стадии одонтогенного остеомиелита. Из физических факторов

лечения широко используются УВЧ-терапия, гелий-неоновый лазер, гипербарическая оксигенация (ГБО), медицинский озон, ультразвуковое воздействие на пораженные ткани.[9]

Осложнения

Наиболее частыми осложнениями остеомиелита челюстей являются флегмоны клетчаточных пространств лица, головы и шеи, несколько реже — другие осложнения (верхнечелюстной синусит, артрит височно-нижнечелюстного сустава, тромбоз кавернозного синуса, менингит, медиастинит, одонтогенный сепсис, септический шок).

У детей младших возрастных групп инфекционно-воспалительный процесс чаще распространяется в верхнечелюстную пазуху, орбиту, черепную ямку, тогда как у взрослых — на шею, в область средостения. Острый одонтогенный остеомиелит челюсти может перейти в хроническую форму течения заболевания - хронический остеомиелит.[20]

Профилактика

Следует контролировать исходы лечения хронического пульпита и периодонтита в течение первых 6—12 мес. после лечения. При отсутствии положительных результатов терапии в эти сроки молочные зубы необходимо удалять — независимо от возраста ребенка и времени смены зубов. Это наиболее эффективный способ профилактики более тяжелых форм воспалительных заболеваний одонтогенной природы.

Санация полости рта в широком смысле слова, проводимая регулярно и планомерно, является наиболее действенным средством предупреждения острого одонтогенного остеомиелита челюстей. Профилактика осложнений одонтогенного остеомиелита заключается в своевременном и радикальном оказании хирургической помощи лучшего всего в условиях стационара.[3]

III Заключение

Любые, даже самые незначительные стоматологические заболевания могут привести к тяжелым последствиям.

При своевременно начатом и правильно проведенном лечении острого одонтогенного остеомиелита наступает полное выздоровление ребенка. В случае запоздалой диагностики или нерационального лечения возможен переход острой формы воспаления в хроническую, а в тяжелых случаях — генерализация процесса с развитием острого одонтогенного сепсиса, одонтогенного менингита, осложнение процесса абсцессами, флегмонами, тромбозом, что может создать условия, несовместимые с жизнью ребенка, имеющий высокий показатель летальности (до 75-90 %).

Остеомиелит является серьёзным заболеванием, несущим прямую угрозу не только здоровью, но и жизни.

Поэтому врач-стоматолог должен хорошо знать клинические проявления острого остеомиелита челюсти, уметь провести дифференциальную диагностику с другими воспалительными процессами и назначить адекватное лечение, включающее анализ клинических, инструментальных, бактериологических, морфологических, лабораторных исследований и оценку гомеостатической реакции организма.

IV Список литературы

- 1.Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Остеомиелит.- М.: Медицина,2016г.-289с.
- 2.Артюшкевич А. Воспалительные заболевания и травмы челюстно- лицевой области: дифференциальный диагноз, лечение. Справочник. - Беларусь, 2018 г. -254 стр.
- 3.Бажанов Н.Н. Стоматология. – М.: Медицина, 2015 г.- 256с.
- 4.Вернадский Ю. И. Основы хирургической стоматологии. – М.: Медицина , 2014 г.-357с.
- 5.Виноградова Т. Ф. и соавт. Стоматология детского возраста. М. Медицина, 2014 г.-467с.
- 6.Виноградова Т. Ф. Диспансеризация детей у стоматолога. М. Медицина, 2017 г.-392с.
- 7.Давыдов Б.Н. Учебное пособие по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста. М., Мед. литература, 4- е изд. 2017 г.-487 с.
- 8.Евдокимова А.И. ,Васильева Г.А. Руководство по хирургической стоматологии - М.: Медицина, 2015 г.-267с.
- 9.Ефанов О.И., Дзанагов Е.К. Физиотерапия стоматологических заболеваний. – М., Медицина,2015 г.-272 с.
- 10.Зедгенидзе Г. А., Шилова-Механик Р. С. Рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей.- М.: Медицина, 2014 г.-315с.
- 11.Корсак А.К. Травма челюстно-лицевой области у детей. БГМУ, 2015г.-72с.
- 12.Лукьяненко В. И. Остеомиелиты челюстей.- М.: Медицина, 2014 г.-198с.
- 13.Персин Л.С. Стоматология детского возраста. М.: Медицина, 2016г. -639с.
- 14.Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика некоторых заболеваний зубочелюстной системы. – М.: Медицина, 2019 г. – 210 с.
- 15.Рабухина Н.А. Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Атлас рентгенограмм – М.: Медицина , 2014 г.-295с.
- 16.Старобинский И.М. Учебник стоматологии. – М.: Медицина, 2015 г., 303с.

- 17.Харьков Л. В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста – М.: Книга плюс, 2015 г.-470с.
- 18.Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи. – М.: ГОУВУНМЦМЗ РФ, 2018 г.-271 с.
- 19.https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/jaw-osteomyelitis
20. <https://studfile.net/preview/5346586/page:2/>